

**Anelisa Cesario Santana**

**O papel dos Centros de Atenção Psicossocial e das oficinas terapêuticas no âmbito  
da Reforma Psiquiátrica Brasileira: um estudo de caso**

**Uberlândia**

**2019**

**Anelisa Cesario Santana**

**O papel dos Centros de Atenção Psicossocial e das oficinas terapêuticas no âmbito  
da Reforma Psiquiátrica Brasileira: um estudo de caso**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
ao Instituto de Psicologia da Universidade  
Federal de Uberlândia, como requisito  
parcial à obtenção do Título de Bacharel em  
Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

**Uberlândia**

**2019**

**Anelisa Cesario Santana**

**O papel dos Centros de Atenção Psicossocial e das oficinas terapêuticas no âmbito  
da Reforma Psiquiátrica Brasileira: um estudo de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora

Uberlândia, 01 de julho de 2019

---

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro (Examinadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Ruben Nascimento

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

**Uberlândia**

**2019**

## Sumário

<b>Agradecimentos.....</b>	<b>1</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introdução.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Método.....</b>	<b>6</b>
2.1. <i>Desenho metodológico.....</i>	<i>6</i>
2.2 <i>Participantes.....</i>	<i>6</i>
2.3 <i>Coleta de dados.....</i>	<i>7</i>
2.4. <i>Análise de dados.....</i>	<i>8</i>
2.5 <i>Aspectos éticos.....</i>	<i>8</i>
<b>3. Resultados e discussão.....</b>	<b>8</b>
3.1 <i>CAPS e oficinas terapêuticas: para quê?.....</i>	<i>8</i>
3.2 <i>CAPS e oficinas terapêuticas: para quem?.....</i>	<i>17</i>
3.3 <i>CAPS e oficinas terapêuticas: desafios.....</i>	<i>24</i>
<b>4. Considerações finais.....</b>	<b>36</b>
<b>Referências.....</b>	<b>38</b>

**Agradecimentos:** Ao meu orientador Rodrigo Sanches Peres, pela paciência, valorização da minha escrita e por permitir que eu pudesse existir e me reconhecer neste trabalho;

À minha professora Renata Pegoraro que, através do seu conhecimento e de sua valorização da saúde pública, me mostrou caminhos por onde percorrer permitindo assim que o desejo de fazer a diferença fosse mais forte que os entraves com os quais nos deparamos neste campo da saúde;

Aos meus pais, por me permitirem seguir meu caminho, por mais difícil que fosse, aceitando, do modo que conseguiram, minhas escolhas;

À todos os que se interessam pelos cuidados em saúde mental e compreendem que apesar dos retrocessos vividos na atualidade se mantém à postos, defendendo aqueles cuja voz não é ouvida e valorizando cada pequeno progresso dessa nossa luta em defesa dos nossos direitos tão arduamente conquistados;

E por fim, em respeito àqueles que sofreram em nome de um falso cuidado, que a história nunca seja esquecida.

**Resumo:** Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços emblemáticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e devem oferecer à população diversos dispositivos de tratamento, tais como as oficinas terapêuticas. O presente estudo teve como objetivo identificar concepções de psicólogos(as) que coordenam oficinas terapêuticas em um CAPS a respeito do papel deste tipo de serviço de saúde e deste dispositivo de tratamento no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de um estudo de caso, do qual participaram os(as) seis psicólogos(as) coordenadores de oficinas terapêuticas em um CAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas, sendo que o *corpus* foi submetido à análise de conteúdo. Os resultados revelam que, para os participantes, os CAPS devem promover a autonomia e a reinserção social dos usuários, ao passo que as oficinas terapêuticas possuiriam objetivos mais diversificados, mas seriam direcionadas a certos usuários em detrimento de outros a partir de seus respectivos diagnósticos. Além disso, problemas estruturais, institucionais e relacionais foram apontados como barreiras para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, avanços no campo da saúde mental foram valorizados, sendo que a própria existência do CAPS foi qualificada como uma importante conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Palavras-chave:** Centro de Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica Brasileira; Saúde mental.

**Abstract:** The Psychosocial Care Centers are emblematic services of the Brazilian Psychiatric Reform and should offer the population various treatment devices, such as therapeutic workshops. The present study aimed to identify the conceptions of psychologists who coordinate therapeutic workshops in a CAPS regarding the role of this type of health service and of this treatment device within the scope of the Brazilian Psychiatric Reform. It is a case study, in which the six psychologists (as) coordinators of therapeutic workshops in a CAPS of a city in the interior of Minas Gerais participated. The data collection was done from semi-structured interviews, and the corpus was submitted to content analysis. The results reveal that, for the participants, the CAPS should promote the autonomy and the social reintegration of the users, whereas the therapeutic workshops would have more diversified objectives, but would be directed to certain users to the detriment of others from their respective diagnoses. In addition, structural, institutional and relational problems were identified as barriers to the implementation of the Psychiatric Reform. On the other hand, advances in the field of mental health were valued, and the very existence of the CAPS was qualified as an important achievement of the Brazilian Psychiatric Reform.

**Key words:** Psychosocial Attention Center; Brazilian Psychiatric Reform; Mental health.

## 1. Introdução

O primeiro manicômio foi inaugurado no Brasil na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1852. O objetivo desta instituição era controlar e moldar os comportamentos por meio da vigilância, da disciplina, da punição e da violência institucional praticados contra aqueles considerados insanos e irrecuperáveis. As condições sanitárias eram precárias e a superlotação era evidente, situação que se repetiu em muitos outros hospitais psiquiátricos no país. Sendo assim, o modelo assistencial não era resolutivo e transformava os pacientes em residentes passivos, privados de necessidades básicas e, principalmente, cerceados de seus direitos (Borba *et al.*, 2015).

O funcionamento dos hospitais psiquiátricos pautava-se no restabelecimento da ordem, o que justificaria a existência de relações dominantes, regidas pela hierarquia, subordinação, exclusão, expropriação do saber e a divisão do trabalho e dos saberes em especialidades. Tais princípios passaram a ser problematizados na segunda metade do século XX pelo paradigma da reabilitação psicossocial, o qual considera a vida das pessoas em sofrimento psíquico em seus diferentes âmbitos, objetivando sua reinserção na sociedade. Esse novo olhar levou ao surgimento de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que, gradativamente, passaram a se constituir como uma rede de atenção à saúde mental (Mielke *et al.*, 2007).

No Brasil, um dos serviços substitutivos oriundos da Reforma Psiquiátrica é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), criado em 1987 no contexto de redemocratização do país. Baseado no cuidado, no fazer-se responsável, em evitar o abandono, no atendimento à crise e na responsabilização pela demanda em saúde mental, o CAPS se coloca como intermédio entre o hospital e a comunidade, com o objetivo de auxiliar seus usuários no exercício da vida civil, trazendo também para si um caráter multiprofissional na tentativa de romper com a cronificação e a burocratização tão



marcantes no modelo hospitalocêntrico e, assim, estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade respeitando-se a singularidade dos sujeitos (Amarante & Torre, 2001).

Uma das principais ferramentas utilizadas para a efetivação do paradigma da reabilitação psicossocial e dos objetivos do CAPS são as oficinas terapêuticas, as quais são concebidas como espaços articulados à reinserção social e ao exercício da cidadania, abrangendo o campo social e político. Elas podem ter uma finalidade expressiva, geradora de renda ou até mesmo de alfabetização, mas, de modo geral, funcionam como catalisadoras da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na família, na cultura, bem como sua participação no trabalho produtivo (Cedraz & Dimenstein, 2005).

Contudo, é importante ressaltar o paradigma da reabilitação psicossocial ainda se encontra em processo de implementação através de avanços diários e pequenas conquistas, pois inaugura um novo campo, com novas possibilidades, muitas vezes incertas e difíceis, mas ao mesmo tempo belas e ricas. Toda complexidade envolvida neste movimento implica na aceitação dos desafios que vão se fazendo presentes no cotidiano, na luta contra a redução do sujeito à sua doença e no auxílio deste em direção à sua autonomia (Amarante & Torre, 2001).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar concepções de psicólogos(as) que coordenam oficinas terapêuticas em um CAPS a respeito do papel deste tipo de serviço de saúde e deste dispositivo de tratamento no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal objetivo se justifica tendo-se em vista a relevância das oficinas terapêuticas como dispositivos de tratamento nos CAPSs, bem como o protagonismo dos serviços de saúde deste tipo no que se refere às políticas públicas de saúde mental que atualmente vigoram no país. Para além disso, o presente estudo se justifica na medida em

que a Reforma Psiquiátrica Brasileira envolve uma importante mudança na forma como se compreende a experiência humana da “loucura”. E tal mudança desnuda uma série crescente de desafios, os quais, conforme Bezerra Jr. (2007), somente poderão ser superados por profissionais de saúde capazes de sustentar práticas de cuidado efetivamente comprometidas com a transformação tanto dos usuários quanto da sociedade como um todo.

## **2. Método**

### *2.1 Desenho metodológico*

O presente estudo representa um desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa mais ampla e se afigura como um estudo de caso. Tal estratégia metodológica, amplamente utilizada em Ciências Humanas, possibilita a análise em profundidade de um determinado objeto, sempre em seu contexto real, e a exploração de seu aspecto singular (Peres & Santos, 2005; Yin, 2005). Ressalte-se, porém, que tal objeto pode ser desde um único sujeito até um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização, para citar apenas alguns exemplos. Como observou Stake (2000), para que um objeto possa ser tomado como um caso passível de estudo é importante que ele possua um caráter unitário e seja claramente delimitado.

### *2.2 Participantes*

Os(as) participantes foram os(as) seis psicólogos(as) que coordenam oficinas terapêuticas em um CAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais. Todos(as) eles(as) aceitaram participar da pesquisa qualitativa mais ampla da qual o presente estudo representa um desenvolvimento, sendo que exerciam suas funções profissionais regularmente quando da coleta de dados, ou seja, não se encontravam afastados das

atividades laborais por qualquer razão. Logo, tais participantes constituíram o caso do qual o presente estudo se ocupa. Vale destacar que o CAPS em questão foi selecionado aleatoriamente. Ademais, ressalte-se que em pesquisas qualitativas a questão “quantos participantes?” é secundária em relação à questão “quem são os participantes?”, pois os mesmos não devem ser selecionados para constituírem uma amostra estatisticamente representativa, mas, sim, por apresentar os atributos definidos como essenciais para que os objetivos estabelecidos pelo pesquisador possam vir a ser atingidos (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

### *2.3 Coleta de dados*

A coleta de dados da pesquisa mais ampla da qual o presente estudo representa um desenvolvimento foi conduzida a partir do emprego de um conjunto de instrumentos. Para os fins do presente estudo, porém, foram privilegiados os dados obtidos, especificamente, com a utilização de determinadas questões de um roteiro semi-estruturado de entrevista. Tais dados não foram explorados para qualquer outra finalidade até o momento e se referem, basicamente, às concepções dos(as) participantes sobre o papel dos CAPSs e das oficinas terapêuticas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Logo, dizem respeito diretamente aos objetivos do presente estudo. Cumpre assinalar que a opção por um roteiro semi-estruturado de entrevista se deve ao fato de se tratar de um instrumento essencial no tocante às pesquisas qualitativas, especialmente em Psicologia, pois permite ao pesquisador direcionar a coleta de dados em consonância com os tópicos que considera de maior relevância e, ao mesmo tempo, oferece aos(as) participantes a oportunidade de se expressarem com um grau significativo de liberdade (Martins & Bicudo, 1994).

#### *2.4. Análise de dados*

As entrevistas realizadas com os(as) participantes foram gravadas em áudio obviamente com o consentimento dos(as) mesmos(as) e serão transcritas. O *corpus* do presente estudo foi constituído pelas transcrições das respostas relativas às questões já especificadas. Este material foi submetido à análise de conteúdo, uma das principais técnicas de tratamento de dados em pesquisas qualitativas. Mais especificamente, foram utilizadas, neste processo, as diretrizes preconizadas por Bardin (1977/2016), segundo a qual a análise de conteúdo se orienta em função de três procedimentos básicos. O primeiro deles demanda o empreendimento de uma leitura flutuante do conjunto do material, a organização do conteúdo em temas – ou seja, em unidades de significação naturalmente circunscritas – e o delineamento de hipóteses iniciais. Já o segundo procedimento consiste na codificação do conteúdo e em sua agregação em temas. O terceiro, por fim, envolve a elaboração de inferências, interpretações e sínteses.

#### *2.5 Aspectos éticos*

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 1.957.085).

### **3. Resultados e discussão**

A análise de conteúdo realizada levou à configuração de três categorias, conforme será exposto a seguir.

#### *3.1 CAPS e oficinas terapêuticas: para quê?*

Esta categoria abordará as finalidades dos CAPS e das oficinas terapêuticas, as quais, conforme apontadas pelos entrevistados, se caracterizam pela multiplicidade. De

forma direta, encontramos ao longo das entrevistas menção às ideias de humanização da assistência e reinserção social, (relato 1), substituição do modelo antimanicomial, como meio para evitar a internação (relato 2) e promoção de saúde (relato 3), assim como promoção de autonomia (relato 4) daqueles que frequentam o CAPS.

Relato 1: “[O CAPS tem como finalidade prestar] um atendimento mais humanizado [...] É uma passagem, para o indivíduo se reintegrar socialmente, com a família, com o trabalho.... é uma passagem, né? (Participante 1)

Relato 2: “É um serviço substitutivo à internação psiquiátrica. Que eu acho que ajuda demais, pensando na atenção secundária, né? O paciente agravou, agudizou, o nosso papel é a intervenção para evitar a internação. Então o CAPS reafirma a Reforma Psiquiátrica” (Participante 2)

Relato 3: “a saúde a gente desenvolve independente de onde está, né? Muda às vezes, a forma, a demanda, né? A crise... mas o foco é a saúde, você [no CAPS] desenvolve a saúde” (Participante 3)

Relato 4: “eu acho que o CAPS entra com um papel justamente de auxiliar na autonomia do paciente” (Participante 5)

Mudanças no cenário da saúde por meio da Reforma Psiquiátrica possibilitaram que se pensasse e se criassem novos modelos de atendimento para substituir o modelo manicomial hospitalocêntrico até então vigente. O CAPS volta-se para o atendimento diário de seus usuários e atua na organização de outros pontos da rede de saúde mental

(Pinheiro & Souza, 2012). Segundo Mielke et al (2007), esse novo modelo de cuidado rompe com o paradigma sujeito-doença, passando então a ver esse sujeito em sofrimento psíquico através de seus diferentes âmbitos, como pessoal, social e familiar, tendo como objetivo central a reinserção deste sujeito em sua comunidade. Essas ideias aparecem de maneira clara nos relatos 1 e 2, que falam respectivamente sobre a “quebra dos muros” e sobre o CAPS como afirmador da Reforma Psiquiátrica, o que permite identificar uma consonância entre as concepções dos profissionais e a literatura especializada.

Mielke et al. (2007) evidenciam que a promoção de saúde mental prestado pelos profissionais do CAPS está intimamente relacionada com a ideia do cuidado pautada nos princípios da integralidade. Dessa forma, o sujeito que ali se encontra é visto como um todo, favorecendo um cuidado humanizado, fortalecido pela possibilidade de vínculo entre profissional e usuário, corresponsabilizando ambas as partes por este cuidado permeado por conhecimento, empatia e sensibilidade. Para estes autores, este cuidado está também vinculado com a humanização no que tange à promoção de saúde por meio de um atendimento de qualidade baseado no acolhimento e em melhorias não apenas nesse ambiente de cuidado, como também na condição de trabalho dos profissionais, e na superação da compartimentalização da assistência à saúde, favorecendo esse olhar ampliado já priorizado pelo próprio cuidado.

A partir do apresentado compreende-se que, ao falar em promoção de saúde, é preciso pensar em um todo. Apenas um ambiente saudável é capaz de promover a saúde, ou seja, é preciso haver um cuidado não apenas com os usuários do CAPS, valorizando as necessidades destes, como também dos profissionais que ali trabalham. Esse cuidado só será possível através de uma visão sistêmica do CAPS e das redes sociais que ali se formam. Todo sujeito que ali se encontra precisa ser olhado em sua singularidade e como co-responsável pela promoção de saúde, seja ele profissional ou usuário. Dessa forma,

conseguimos pensar de forma mais ampliada sobre como promover a saúde dentro de um CAPS, já que, conforme o relato 3, é função do CAPS promover saúde.

Ao dirigirmos nosso olhar sobre o modo como o usuário se relaciona como o próprio CAPS e com seu tratamento, Pinheiro e Souza (2012) defendem que a participação ativa dos usuários do CAPS na construção do auto cuidado, da assistência e das políticas em saúde mental está intimamente relacionada à importância e capacidade desses sujeitos em refletir sobre suas experiências e modificar seus estilos de vida. Da mesma maneira, Figueiró e Dimenstein (2010) afirmam que a gestão do CAPS, para ser bem-sucedida, precisa do envolvimento de seus usuários, já que estes possuem um saber valioso sobre suas vidas que extrapola a condição de saúde. Dessa forma, teríamos então uma co-gestão do CAPS por seus usuários, favorecendo o empoderamento destes no que se refere à capacidade de integração não só de sua condição de saúde e tratamento, como também de seu modo de vida e história.

A partir dessas ideias pode-se concluir que a modificação no modo de gestão do CAPS, por meio de uma flexibilização, abrindo-se à possibilidade de participação de seus usuário, estaria de acordo com um dos objetivos do CAPS, conforme é citado no relato 4, no que se refere ao auxílio da autonomia de seus usuários, o que poderia resultar na criação e re-criação de melhores condições de funcionamento, assim como na apropriação dos usuários de sua condição de saúde e tratamento, conforme apresentado anteriormente.

No que tange, especificamente, ao papel das oficinas terapêuticas, encontramos ideias como possibilidade de “ocupação da cabeça” (relato 5), “momento de liberdade” (relatos 6 e 7), empoderamento (relato 8) e busca de autonomia (relato 9). Além disso, foi citada a função terapêutica (relatos 10 e 11) das oficinas e como essa função é vista por alguns entrevistados.

Relato 5: “Ocupa a cabeça. É um momento em que eles conversam entre eles, vão percebendo as habilidades de cada um. Pede ajuda... saem um pouco daquela coisa da doença o tempo inteiro. Podem conversar sobre outras coisas”. (Participante 1)

Relato 6: “é um momento um pouco mais livre, mas onde a pessoa pode dizer dele, pode falar... é um espaço muito aberto, tem que ter os contratos sobre a questão do sigilo” (Participante 2)

Relato 7: “Olha, eu tenho percebido aqui que as oficinas são livres, né? São levados os pacientes diariamente várias opções de atividades. então tem uma liberdade para o usuário escolher o que que ele vai fazer... então acho que é uma atividade mais livre nesse sentido, né?” (Participante 1)

Relato 8: “É... digamos uma ferramenta, assim, para que as pessoas se empoderem mesmo, para que elas se fortaleçam, então eu entendo uma oficina como um meio que você vai utilizando de um trabalho de algo que eles estão fazendo, mas que faça sentido para a vida deles” (Participante 4)

Relato 9: “Seria uma modalidade de acompanhamento com vistas à busca da autonomia, com busca à inserção social, e ao resgate de potencialidades..” (Participante 6)

Relato 10: “A oficina terapêutica é um espaço terapêutico... então eu entendo que terapêutico é qualquer atividade que você faça e que [...] te proporcione reflexões, momentos para pensar... que te provoque, né? Que promova o questionamento dos seus



conceitos, preconceitos, sua forma de estar no mundo, ou de lidar com o mundo e as coisas da vida, isso é terapêutico!” (Participante 3)

Relato 11: “Qual é o sentido da oficina? É para gerar um bem-estar? As minhas oficinas geralmente são voltadas para a questão da cidadania, e falar de cidadania, nem sempre é uma coisa confortável. A gente pensa que o terapêutico é sempre algo que vai sair bem, né? E eu acho que nem sempre vai sair bem. mas acho que nem sempre vai gerar aquele bem-estar no momento” (Participante 5)

As oficinas terapêuticas surgem no contexto da Reforma Psiquiátrica, fornecendo espaço para a expressão subjetiva e para a reintegração, não apenas no âmbito social, mas também familiar, e ainda para a produção de autonomia e cidadania através da participação no trabalho produtivo (Souza & Pinheiro, 2012). Segundo o Ministério da Saúde (2004), as oficinas terapêuticas fazem-se imprescindíveis por serem consideradas as principais formas de tratamento do CAPS. Estudos enfatizam um importante papel do profissional de Psicologia dentro dos serviços públicos, dando destaque para a atuação do mesmo em atividades grupais como as oficinas, embora o que se encontre seja um subaproveitamento de sua atuação (Ribeiro, Sala & Oliveira, 2008).

Farias *et al.* (2016) afirmam que uma das potencialidades das oficinas terapêuticas se dá na possibilidade de construir e valorizar os aspectos saudáveis dos sujeitos envolvidos, o que permite desviar o foco do transtorno mental. De forma correspondente, encontramos esta mesma ideia no relato 8, o qual fala sobre ir além dos aspectos da doença, abrindo espaço para que estes sujeitos possam existir em diversos outros aspectos

Em adição, Cruz, Monteiro & Ibiapina (2016) entendem as oficinas terapêuticas como um espaço de produção de subjetividade, que permite o diálogo, a interação,

reciprocidade e o estabelecimento de vínculos entre pacientes e destes com os profissionais, permeados pelo respeito à individualidade, caminhando, assim, em direção à autonomia. Tais funções são fundamentais para compreensão do CAPS como um espaço de produção de pacientes livres para ir e vir, compatível com o modelo psicossocial de produzir saúde mental. Dessa forma podemos ir um pouco mais além da ideia de liberdade trazida nos relatos 6 e 7.

Segundo o relato 7, a ideia de liberdade vincula-se à possibilidade de ter um espaço em que os pacientes possam falar. Por outro lado, o conceito de liberdade está ligado à possibilidade que o usuário tem em escolher as atividades de que irá participar. Ambas ideias passam a ser restritas quando comparadas à visão de Cruz, Monteiro e Ibiapina (2016), a qual compreende a liberdade como um produto das oficinas a partir de fatores citados anteriormente, tomados como fundamentais por contribuírem na afirmação dos princípios do CAPS como modelo de atuação psicossocial.

Souza e Pinheiro (2012) defendem que nas oficinas terapêuticas é possível abordar temáticas que vão para além da díade sujeito-doença, podendo proporcionar um espaço de expressão que caminhe, por exemplo, por temas amorosos, relações de amizade, sexualidade, família, lazer, cultura, ou sobre qualquer outro tema que faça sentido aos usuários. É importante ressaltar que as autoras sustentam este posicionamento em um trabalho realizado em um CAPS AD, contudo, é possível ampliar essa ideia para os demais tipos de CAPS. E estas mesmas autoras entendem que não é possível desconsiderar os padrões da doença, mas é preciso manter um olhar para a singularidade do sujeito para que ele não seja reduzido à doença, o que permitirá a promoção de autonomia e cidadania à medida em que os usuários se apropriam ativamente de suas histórias e se reconheçam como co-criadores dela.

Essas ideias entram em consonância com o relato 5, no que diz respeito à sair da ideia de doença possibilitando que o usuário consiga ampliar sua visão de si mesmo, e daquilo que lhe constitui, além da doença. Ao mesmo tempo, ressalta-se que a doença não deve ser desconsiderada já que compõe parte da singularidade do sujeito. Ambos pontos de vista são complementares e devem ser considerados de forma conjunta. Por outro lado, este mesmo relato fala sobre um “ocupar a cabeça”, que segundo Domingues e Paravidini (2009), pode acarretar em situações não favoráveis aos usuários.

Os autores citam os riscos de uma mecanização dos participantes das oficinas no que se refere à execução das atividades propostas, o que é visto como um esvaziamento da produção singular desses usuários, excluindo-os de suas próprias produções. Essa mecanização do fazer é vista pelos autores como uma consequência do incômodo dos profissionais em lidar com o ócio de seus pacientes, o que acaba por valorizar a repetição da produção e a paralisia subjetiva.

Historicamente este incômodo pode ser identificado quando retomamos a história da humanidade até chegarmos ao período da Idade Média, em que prevalecia a condenação do ócio, relacionado à improdutividade e à loucura. Por consequência, foram criadas nessa época casas correcionais em que eram impostos trabalhos aos ociosos (Cedraz & Dimenstein, 2005). Para fugir dessa concepção de “passar o tempo” Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) afirmam ser de fundamental importância a interação e reflexão sobre a finalidade das oficinas: “O que fazer, para quê, por quê” devem ser questionados para que a atividade não se encerre em si mesma, mas, sim, permita aos usuários dar um sentido à forma como vivenciam a doença mental.

A possibilidade de refletir sobre os objetivos das oficinas, conforme apresentada anteriormente, permite a criação de um espaço para o empoderamento dos usuários, em

que estes podem se apropriar não apenas de sua produção, mas também de sua própria história. Esta ideia pode ser encontrada nos relatos 8 e 9.

Souza e Pinheiro (2012) afirmam que as oficinas, especificamente em CAPS AD, não têm o objetivo de fazer com que seus participantes parem de usar drogas, mas, sim, criem um espaço em que estes mesmos sujeitos possam refletir sobre sua própria história, propondo corresponsabilidade na promoção de práticas de cuidado de si mesmos. Essa corresponsabilidade, segundo os autores, dependeria da possibilidade de criação de vínculos entre usuários e profissionais e de espaços para a produção e a fala desses sujeitos.

Domingues e Paravidini (2009) afirmam que, para que as oficinas terapêuticas legitimem seu papel e se constituam como espaço de cidadania e de construção de laços sociais, faz-se imprescindível trabalhar com a criação, com o novo, o que se dará por meio da arte. É por meio do novo que o sujeito reestabelece seus laços com o mundo e se torna autor de sua própria história, saindo de um lugar cristalizado para que possa alcançar novas possibilidades. Embora os autores se refiram à produção do novo, os mesmos destacam que toda oficina guarda em si a potencialidade de ser terapêutica, pois até mesmo o ato repetitivo traz consigo diferentes temporalidades e pode se tornar produtor de originalidade.

Em contraponto, estes mesmos autores afirmam que ainda há muito o que se fazer para consolidar as propostas defendidas pela Reforma Psiquiátrica. Considerando a oficina como um lugar em que diversas lógicas discursivas se encontram, e diversos sentidos são produzidos, para que este lugar seja tomado como lugar de potência faz-se necessária a emergência da produção diferencial e da mudança subjetiva dos atores envolvidos, modificando aquilo que se dá na mecanização, do modo produtivo e

desagregado, para a ressignificação, em direção à promoção de saúde e apropriação dos sujeitos envolvidos de suas ações.

A partir da ideia de ressignificação, podemos pensar no papel das oficinas no que se refere ao seu potencial terapêutico. Cedraz e Dimenstein (2005) afirmam que nem toda oficina é por si terapêutica. O que a torna de fato terapêutica é sua capacidade de viabilizar a atribuição à vida de sentidos diferentes daqueles que habitualmente são atribuídos. Podemos encontrar concepções equivalentes a estas no relato 10.

Já o relato 11 fala sobre o papel terapêutico das oficinas não estar necessariamente ligado ao que trará um bem-estar imediato, o que se faz compreensível já que, conforme apresentado anteriormente, busca-se um rompimento com ideias cristalizadas e a possibilidade de ressignificá-las, tarefa esta que demanda tempo e grande esforço do sujeito para romper com aquilo que ele conhecia para deparar-se com o novo.

### *3.2 CAPS e oficinas terapêuticas: para quem?*

Nesta categoria será discutido sobre o público para quem o CAPS tem se direcionado. Quem são as pessoas que compõem o CAPS? São os mesmos sujeitos para quem o CAPS se direciona? Como esse público é visto? Ao longo das entrevistas foi possível identificar que este público não se refere apenas aos pacientes, caracterizados como clientela grave, mas também suas famílias, que se encontram em grande sofrimento psíquico (relatos 12 e 13).

Relato 12: “Ahh... assim, a gente lida com uma clientela grave, trabalha com famílias que estão muito fragmentadas” (Participante 1)

Relato 13: “...trabalha com pessoas que estão em um processo psíquico, em sofrimento muito grande” (Participante 4)

Pensando que o usuário não chega sozinho ao CAPS, Cruz, Monteiro e Ibiapina (2016) defendem a importância dos profissionais da saúde demonstrar a relevância dos familiares no serviço de saúde, contribuindo para a manutenção da família dentro e fora da instituição, o que proporcionará e estimulará uma melhor relação de afetividade e resgate da cidadania do usuário do CAPS tanto no círculo familiar quanto social, pois a família tem papel fundamental no olhar que a comunidade direciona para o indivíduo portador de transtorno psíquico. Tendo isso em vista, a importância da família presentifica-se no relato 12 a partir da compreensão do entrevistado sobre seu alvo de trabalho, o qual vai para além do sujeito em sofrimento psíquico (relato 13) e abarca também a família deste

Pode-se compreender, então, a necessidade de que os profissionais da saúde desempenhem um trabalho duplo, já que é preciso acolher não os pacientes, mas também suas famílias, as quais, conforme apresentado no relato, encontram-se fragmentadas. Auxiliar essa dupla paciente-família é a chave, conforme nos diz Cruz, Monteiro e Ibiapina (2016), para a co-responsabilização do tratamento, assim como uma via para romper estigmas sociais sobre quem de fato é este sujeito que sofre.

Para que possamos compreender o modo como estes profissionais desempenham seu trabalho faz-se de fundamental importância identificar a forma como estes veem seus pacientes, o que nos leva a destacar aqui sobre qual o público, segundo estes profissionais, que participam das oficinas. Os relatos a seguir (14, 15 e 16) apresentam uma semelhança entre si, marcando fortemente a presença dos diagnósticos e até mesmo sintomas que acabam por reduzir os usuários a meras classificações. Isso faz com que um dos

entrevistados ganhe destaque ao fugir desse paradigma sujeito-doença (relato 17). Uma diferença de adesão de homens e mulheres (relato 18 e 19) às atividades oferecidas pelo CAPS é apontada sem que haja uma justificativa que consiga explicar este fenômeno. Por fim, mesmo que de forma sutil, foram feitas alusões à supremacia médica-medicamentosa (relato 20, 21 e 22), relacionada à possibilidade de estabilização do paciente, assim como a fatores responsáveis pela adesão ou não dos usuários às oficinas (relatos 23 e 24)

Relato 14: “Eram diagnósticos graves... transtornos psicóticos, depressões graves, neuróticos graves... tinham pacientes com risco de suicídio...” “... a oficina era posta, e as pessoas que se interessassem, poderiam participar... Era uma integração livre” (Participante 1)

Relato 15: Tem uma prevalência maior de mulheres, acima de trinta anos mais ou menos, e com diagnósticos bem variados....H tem F60, F20, F31, F29...” (Participante 2)

Relato 16: “tem usuários que já estão cronificados... porque tem um prejuízo muito grande da questão cognitiva... alguns não... estão preservados, mas outros estão mais difíceis... e tem usuário que estão muito agitados... então para coordenar ali às vezes é bem difícil” (Participante 4)

Relato 17: “Normalmente são pessoas com nível de escolaridade bem baixo... a maioria nem terminou o ensino médio... mas tem alguns usuários também com nível superior... tem também algumas pessoas que são bem sucedidas financeiramente, e que vem para o CAPS, eu acho que em busca de uma outra coisa...” (Participante 4)

Relato 18: “os homens têm mais dificuldades de aderir alguma atividade. As mulheres são mais flexíveis” (Participante 2)

Relato 19: “Mais mulheres... tem um dia aqui... na quinta-feira, por exemplo, que tem mais homens do que mulheres, mas a gente nem sabe explicar o porquê assim...” (Participante 3)

Relato 20: “os integrantes são aqueles que estão em um movimento de estabilização, com o pensamento mais organizado, do humor mais estabilizado” (Participante 6)

Relato 21: “... mulheres com transtornos de personalidade... assim, são casos um pouco mais difíceis, porque um transtorno de personalidade não tem remédio para lidar com isso, tem para baixar o nível de ansiedade, de sintomas assim, um pouco depressivos e tudo, né? (Participante 5)

Relato 22: “atribui-se a medicação como aquela que vai resolver todos os conflitos do usuário que chega, e eu particularmente tento tirar deles isso... Eu falo que a medicação é algo complementar” (Participante 4)

Relato 23: “Critério para participar da oficina não tem. A oficina é oferecida, eles são convidados a participar... a gente tenta envolvê-los, buscá-los de alguma forma para que eles fiquem à vontade para participar da oficina” (Participante 2)

Relato 24: “Ah, pelas características dos usuários... e pelo que eles também relatavam que queriam... um desejo deles [Porém], às vezes tem gente que não se encontra em nenhuma



atividade.... não consegue fazer o que está sendo proposto, mas também não sugere nenhuma outra atividade... então também varia de cada indivíduo” (Participante 1)

Ao lermos os relatos 14, 15 e 16 é possível observar a predominância dos sintomas como forma de classificação, e, de modo mais específico, como encontrado no relato 18, a utilização de diagnósticos para a identificação de pacientes aptos ou não a participar das oficinas. Em contraposição a este movimento, Farias *et al.* (2016) defendem o espaço das oficinas terapêuticas como lugar de valorização dos aspectos saudáveis dos sujeitos com o objetivo de desviar o foco do transtorno mental, possibilitando espaço para a criação, vivências e para que o paciente possa ser o que é, rompendo com o estigma da loucura. Cruz, Monteiro e Ibiapina (2016), de forma semelhante, compreendem que, vendo o paciente como alguém que precisa de um cuidado individualizado, será permitido a ele viver com autonomia.

Em complemento, embora não tenha sido abordado diretamente nas entrevistas, é possível mencionar aqui a problemática da criação de pequenos especialistas dentro do CAPS. Para Domingues e Paravidini (2009), a eleição de profissionais de referência para atender os pacientes acarreta como consequência a formação de relações simbióticas. Este movimento pode ser compreendido como um fator dificultador da autonomia do paciente, já que contradiz os preceitos defendidos anteriormente sobre a co-responsabilidade de todos os envolvidos no que se refere à promoção de saúde.

A possibilidade de ver o paciente para além de um diagnóstico se faz presente no relato 17, quando o profissional entrevistado, ao caracterizar os participantes de suas oficinas, refere-se à escolaridade e às condições financeiras dos mesmos, o que de certo modo humaniza esses pacientes e conta um pouco sobre a história de cada um deles.

Já nos relatos 18 e 19 há uma separação entre os sexos masculino e feminino no que se refere à participação nas atividades propostas. Isso sugere um possível estigma a respeito da diferença de gênero, principalmente quando as mulheres são classificadas como “mais flexíveis”. Partindo da abordagem psicossocial do cuidado Ribeiro, Sala e Oliveira (2008), defendem ser necessário permitir a participação de todos os usuários sem que haja exclusão por sexos os critérios de habilidade.

Seguindo a ideia classificatória de acordo com o diagnóstico acabamos esbarrando em uma questão ainda mais preocupante: o diagnóstico como determinante das (in)capacidades do sujeito, ideia esta presente de forma clara no relato 20. Neste relato vemos a compreensão da doença como limitante, já que é a partir da “estabilização” dos sintomas que o sujeito torna-se “capaz” de participar da oficina. Segundo Cedraz e Dimenstein (2005), a transformação da loucura em “doença mental” deu-se com o advento do capitalismo, o que acarretou na compreensão do louco como aquele que se mostra sem valor no mundo do trabalho, não se encaixando na ordem social. É nesse contexto que a loucura passa a ser vista como doença e, por essa razão, acaba sendo apropriada pela Psiquiatria. Da mesma forma, conforme apresentado no relato 23, apenas aqueles considerados “estabilizados” são elegíveis a participar das oficinas, evidenciando a permanência de concepções antigas a respeito da loucura.

Outra questão a ser levantada perpassa a temática da medicalização. O relato 21 fala de limitações, e o relato 22, por outro lado, traz a ideia ingênua da medicação como algo capaz de resolver todos os conflitos. O relato 22, portanto, nos levar a pensar em um anseio latente no relato 21 a respeito da resolutividade da medicação.

Como alternativa para romper com os estigmas do tratamento medicamentoso, Cruz, Monteiro e Ibiapina (2016) propõem atividades socioterapêuticas as quais devem ofertar apoio por parte dos profissionais, familiares e comunidade, integrando-os ao

dispositivo de saúde (CAPS). O planejamento dessas atividades deve estar pautado nos interesses dos próprios usuários, às possibilidades dos técnicos e às necessidades do serviço no projeto terapêutico, promovendo assim maior integração sociofamiliar.

De forma positiva, embora ainda muito tímida, podemos encontrar no relato 23 este olhar, essa busca por aquilo que faça sentido aos usuários e que os motive a participar das atividades propostas. Em contraste, podemos encontrar no relato 24 uma oposição de ideias em que há uma preocupação em levar em conta o desejo e o interesse dos usuários no que se refere à escolha de qual oficina ofertar, mas, ao mesmo tempo, uma dificuldade em conseguir adesão dos usuários.

Cedraz e Dimenstein (2010) abordam o protagonismo equivocadamente assumido pelos profissionais dos serviços de saúde mental em detrimento dos próprios usuários. Partindo desta ideia, os autores compreendem que a falta de vontade dos usuários em participar das oficinas se deve ao fato de este espaço estar mais conectado com o ritmo e funcionamento dos próprios profissionais.

Uma das formas utilizadas para se pensar em uma melhor alternativa para o sujeito que procura o CAPS se dá através da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que, segundo Farias *et al.* (2016), deve funcionar como um instrumento de trabalho que auxilia a equipe a planejar suas ações considerando a dimensão psicossocial, já que seu foco de ação concentra-se no indivíduo e seu contexto social. Espera-se que, através do PTS, o sujeito possa ser despertado em relação à sua condição física e mental, auxiliando-o a refletir sobre questões de seu tratamento. Pensando sobre o relato 24, podemos considerar o PTS como um meio para que os pacientes consigam se reconhecer como protagonistas de suas vidas, auxiliando-os a darem sentido, ou até mesmo, um novo sentido, às suas vivências.

### *3.3 CAPS e oficinas terapêuticas: desafios*

Nesta categoria serão apresentados desafios do CAPS, assim como das oficinas terapêuticas, conforme foram apontados ao longo das entrevistas. O primeiro desafio encontra-se na compreensão sobre qual a função do CAPS, o que nos faz pensar sobre o contexto em que ele surge e sobre sua relação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (relatos 25 e 26). Posteriormente são abordadas a necessidade de participação das famílias no processo de tratamento dos usuários (relato 27), a escassez de material e mão-de-obra (relatos 28 e 29), a dificuldade em abandonar o antigo sistema hospitalocêntrico/manicomial (relato 30), assim como a dificuldade em lidar com a individualidade do sujeito dentro de um espaço que agrega uma pluralidade de modos de ser (relatos 31 e 32).

Relato 25: “que os CAPS mesmo com os propósitos que eles tem, que vem aí na questão da luta antimanicomial, ainda é algo que precisa ser pensado, porque eu acho que ainda não se definiu e ainda não se sabe direito o que é um CAPS. Acho que ele ainda está numa transição. Então eu vejo que o CAPS é um lugar para atuar na crise, então a gente já vai atuar na questão crítica mesmo, né? Então, assim, às vezes eu tenho a sensação de que a gente tá... nem sei como te dizer, mas assim, um ditado popular, tapando o sol com a peneira, sabe? Apagando incêndio mesmo, né?” (Participante 4)

Relato 26: “Estamos fazendo reuniões com o coordenador de saúde mental, para que o CAPS fique mesmo com o paciente agudo e que a atenção básica fique agora com os casos mais moderados, mais de baixo risco. E assim, nesse sentido, o CAPS ficaria mesmo com o trabalho do grave, e matriciar junto a atenção básica a condução dos outros casos. A gente foi percebendo que os CAPS foram inchando, então essa é uma estratégia

de reorganizar o trabalho, e nós vamos começar a rever essas questões, para poder fortificar a atenção básica” (Participante 6)

Relato 27: “é um trabalho difícil, um trabalho árduo... é um trabalho muito difícil com os familiares, né? Porque geralmente, não há a participação deles nesse processo de tratamento da crise... mas eu ainda acho que tem que se trabalhar com a prevenção, né? Porque trabalhar só com a crise é muito difícil...” (Participante 4)

Relato 28: “O nosso material de oficina está extremamente escasso, né? Vez ou outra o quadro de funcionários fica bastante reduzido...E nós não temos também os oficineiros, os TOs, para nos ajudar. Isso também realmente faz muita falta... Nós não trabalhamos com voluntários... então assim, por exemplo, muitas pessoas que tem habilidades, que poderiam estar aqui conosco, para nos ajudar, nos auxiliando, nós não temos. Então a gente precisa se virar... a gente que é psicólogo, vira oficineiro... quando tem uma habilidade, ainda é uma... ainda vai, mas quando não tem às vezes fica muito difícil. Essa falta de material é complicada... nós não temos uma pessoa que nos auxilie na segurança, né? Quando o paciente está mais comprometido, nós não temos um vigilante que... para que pelo menos fique junto de nós...” (Participante 2)

Relato 29: “mas essa questão de matéria prima é muito importante e a escassez de mão de obra. Tá sempre entrando e saindo profissional, por algum motivo ou outro... Isso pesa muito pra gente. Porque a demanda fica maior e você acaba sendo engolido pelo trabalho, por ter que cumprir determinadas coisas e que não te dá espaço para fazer coisas diferentes, né? Criar algo novo... Estar em outras atividades que é algo muito importante, por exemplo, sair da unidade e poder fazer o matricimento fora, estar com as equipes de

PSF, da atenção básica... acaba que fica complicado, porque o paciente está aqui, e tem a rotina, com determinadas tarefas que devem ser cumpridas, que precisam de uma atenção maior... E aí tem uma escala mínimas de profissionais que tem que se manter aqui no CAPS...” (Participante 3)

Relato 30: “Há uma tendência muito forte em voltar ao modelo anterior, né? Toda vez que tem um desafio, o primeiro pensamento é voltar como era antes.... não só na questão da Reforma... acho que a insegurança, o medo do novo, do desconhecido... Mas é uma luta diária, constante, né? Todos temos que lutar muito” (Participante 3)

Relato 31: “é um aprendizado todo dia... cada dia surge um caso diferente, um caso novo... isso é desafiador” (Participante 3)

Relato 32: “Então... eu acho muito difícil... porque tem usuários que já estão cronificados... porque tem um prejuízo muito grande da questão cognitiva... alguns não... estão preservados, mas outros estão mais difíceis... e tem usuário que estão muito agitados... então para coordenar ali às vezes é bem difícil... Porque tá cada um no seu tempo... e acho que falta, da minha parte, mais informação... eu preciso de mais estudo e acho que a gente precisa de uma supervisão também...” (Participante 4)

Uma das dificuldades compartilhadas por todos os entrevistados foi definir o papel do CAPS, conforme apresentado no relato 25. Vale lembrar que o CAPS surge em um contexto de Reforma Psiquiátrica, tendo como finalidade devolver à sociedades aqueles tidos como loucos através do trabalho e de atividades artísticas, ou em dar-lhe acesso aos meios de comunicação, possuindo como força propulsora o paradigma da

desinstitucionalização, a qual requer a desconstrução cotidiana de ideologias e práticas cristalizadas, presentes no antigo modelo manicomial (Ribeiro, Sala & Oliveira, 2008).

Tendo em vista o modelo assistencial em saúde mental vigente, uma rede de cuidado foi criada para que fosse possível assegurar atendimento integral e humanizado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, (Brasil, 2011). A partir disso, o CAPS deve buscar fortalecer a promoção de serviços de prevenção, promoção, redução de danos, reabilitação e reinserção social (Cedraz & Dimenstein, 2005).

Apesar da contextualização e da pontuação do principal objetivo de CAPS, é possível perceber, no decorrer dessa categoria, dificuldades que surgem nesse cenário quanto ao processo de rompimento com as antigas práticas adotadas e até mesmo o retorno a estas, conforme será abordado mais adiante. Dessa forma, nosso primeiro desafio perpassa a rede de saúde mental, a qual, segundo o relato 26, necessita ser reorganizada para que não haja uma sobrecarga do CAPS.

De acordo com Nobrega, Silva e Sena (2016), faz-se de extrema importância a promoção do cuidado integral aos usuários, reforçando a lógica das ações intersetoriais preconizadas pela RAPS. Dessa forma, busca-se uma relação de interdependência entre o campo especializado e atenção básica no gerenciamento articulado das necessidades dos usuários.

Direcionando nosso olhar para dentro do CAPS, voltamos a atenção para um dos principais grupos envolvidos com o trabalho deste serviço. Conforme apresentado anteriormente, a participação da família mostra-se como imprescindível para o tratamento dos pacientes, auxiliando-os na aderência ao tratamento por meio da coresponsabilização. Podemos encontrar algumas dificuldades enfrentadas quanto a isso no relato 27. Para Cruz, Monteiro e Ibiapina (2016), a otimização de atividades

desenvolvidas dentro do contexto familiar favorece a reinserção social dos usuários, sendo que as oficinas constituem meios para tal, já que envolvem uma ação coletiva, possibilitando a interação entre usuários e outras pessoas que fazem parte do contexto do CAPS.

Outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais do CAPS, segundo os relatos 28 e 29, se refere à escassez de materiais e também de profissionais. Destaca-se aqui um questionamento levantado a partir do relato 28: qual seria o papel do psicólogo? Há uma crítica implícita a respeito da situação do “psicólogo tornar-se oficineiro”, o que permite pensar qual seria sua função dentro do CAPS. Em semelhança com o que encontramos neste relato, Domingues e Paravidini (2009) identificam divergências sobre a compreensão do papel de coordenador de oficinas, pois cada um parece pautar-se exclusivamente em sua própria formação profissional para exercê-lo.

Outra consequência da falta de profissionais é apresentada no relato 29, o qual destaca a sobrecarga de atividades no CAPS como seu desdobramento. Farias *et al* (2016) extrapolam essa consequência e abordam prejuízos na relação humana entre os sujeitos envolvidos. Estes autores compreendem que uma rotina em que os profissionais são absorvidos por diversas tarefas acaba por dificultar o contato humano destes com o próximo, não oferecendo um espaço para que as relações sociais possam se dar de forma humana. Logo, estes profissionais acabam perdendo a capacidade de “ler” o outro, sem compreender o que se encontra nas entrelinhas das mais diversificadas manifestações humanas.

Conforme tem sido apresentado, o trabalho no CAPS mostra-se desafiador para os profissionais, até mesmo porque deriva do questionamento de um modelo arraigado. Dessa forma, conforme apresentado no relato 30, faz-se presente uma certa insegurança que pode levar alguns profissionais a retomarem condutas antigas.



Essa tendência em permanecer no modelo anterior, presente no relato 30, é abordada por Domingues e Paravidini (2009) quando estes trazem a ideia de que, em alguns lugares, os pacientes do CAPS ainda são vistos como “deficientes” a serem recuperados e reabilitados. Segundo os autores, essa visão encontra-se impregnada pelos princípios manicomial e, logo, contradiz as premissas da Reforma Psiquiátrica. Segundo os mesmos autores, o modelo manicomial também pode se revelar por meio do lugar de saber sobre o qual posicionam-se paciente e profissional. Quando este último considera conhecer o que é melhor para o paciente, acaba por destituí-lo da capacidade de decisão sobre a própria vida, o que é incompatível com a multiplicidade que se deve produzir dentro das oficinas. E, muitas vezes, o paciente se identifica com esse lugar em que é colocado, o que estimula sua cronificação.

Em consonância, Farias *et al.* (2016), ao abordarem o cotidiano do CAPS, discutem a importância dos profissionais possuírem uma visão ampliada de seus pacientes, considerando a comunidade e a unidade familiar em que vivem. Além disso, defendem que é a partir dessa visão ampliada que cria-se espaço para o pensamento crítico e reflexivo dos profissionais a respeito de seu trabalho, como também espaço para se pensar na subjetivação das relações ali estabelecidas, já que possuem grande influência na atuação profissional e na maneira em que o cuidado é estabelecido, fundamentado na aceitação e compreensão do outro.

Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) afirmam ser um desafio desconstruir o “referencial técnico-conceitual-instrumental” que pode levar as oficinas terapêuticas a funcionar como uma atividade voltada apenas ao entretenimento e à ordenação do espaço institucional. Por isso, pensar naquilo que se deseja alcançar com um oficina, assim como no papel a ser desempenhado por cada uma das partes, faz-se fundamental na afirmação

do novo modelo de atenção em saúde mental. Ou seja, é preciso haver uma via de mão dupla entre usuários e profissionais de saúde.

Já o relato 31 aponta como um desafio trabalhar com a novidade presente em cada paciente. A partir dessa ideia, podemos pensar a respeito da relação estabelecida pelos profissionais de saúde com os pacientes, especialmente nas oficinas. Afinal, Domingues e Paravidini (2009) falam das oficinas como um espaço de expressão através do fazer artístico de pacientes que encontram-se desorganizados. Mas é somente a partir do momento em que a atividade proposta inclui de fato o sujeito que sua subjetividade será contemplada. Neste artigo, porém, os autores identificaram certa dificuldade dos profissionais em integrar os pacientes em crise às oficinas, o que produzia um efeito de exclusão, já que tais pacientes passam a ser considerados como incapazes de participar porque poderiam trazer prejuízos à execução das atividades.

Farias *et al.* (2016) salientam que o preparo deste profissional, para além de técnico, deve ser humanístico, devido à importância da escuta e da percepção acurada do outro. Para estes autores, diferencia-se o profissional que investe no autoconhecimento e no respeito ao próximo, levando em consideração os princípios éticos, podendo assim reconhecer e acolher de modo empáticos as necessidades do paciente. É por meio deste cuidado que os profissionais de saúde abrem espaço para que o paciente possa participar das escolhas e cuidados direcionados a eles, fornecendo, assim, um tratamento digno. É por meio desse processo que podemos pensar na troca de ideias e conhecimentos, tão importantes, conforme já exposto anteriormente, geradores de uma nova consciência capaz de produzir mudanças na vida do sujeito e na sociedade como um todo, já que o trabalho dentro do CAPS deve ser pensado de forma ampliada, englobando o paciente, sua família e a sociedade.

Somando-se ao exposto, salientamos que verificamos algumas ideias se apresentando de forma recorrente nas entrevistas, como a busca de um tratamento humanizado que rompa com modelos antigos de “produção de saúde” e a valorização das relações entre todos aqueles que formam a rede de acolhimento do usuário em sofrimento psíquico, sejam profissionais, família e sociedade. Contudo, um dos maiores desafios que se faz presente se dá dentro da organização do CAPS como instituição, conforme é apresentado nos relatos 33 e 34.

Relato 33: “Então, os trabalhos praticamente são já pré-ordenados, então a gente já entra em uma padrão que você tem que fazer. Então eu tenho muita crítica com o CAPS nesse sentido. Ah, mas aqui é uma instituição, de fato é, mas como que a gente pode olhar para esta instituição... ou melhor, o que a gente pode fazer dela sendo uma instituição... Porque toda instituição tem o seu padrão, mas enfim” (Participante 4)

Relato 34: “ele está numa fase de construção ainda, nesse processo de substituição aos antigos, e até alguns atuais, modelos de tratamento para pessoas com transtornos mentais... embora seja uma instituição padronizada e tudo... mas de fato é o espaço que está se abrindo para as pessoas se tratarem no seu próprio espaço, para virem, participarem da rotina e voltar para a casa, para seus espaços de origem, sejam eles quais forem... e para promover uma reinserção social mesmo, né? Porque quem tem um transtorno é muito taxado, como vários outros grupos que se desviam do padrão” (Participante 4)

Estar inserido em uma instituição muitas vezes pode implicar na reprodução da mesmice, na intolerância com o que funciona para longe da norma. Infelizmente deve-se

admitir também um despreparo da sociedade em acolher a loucura, a qual muitas vezes acaba sendo aprisionada. Pensando no CAPS como uma instituição, é possível notar uma grande dificuldade para lidar com a desorganização dos pacientes que ali estão, o que muitas vezes acaba encarregando profissionais de referências para atuarem nas situações de crise, conforme apresentado anteriormente. Domingues e Paravidini (2009) falam sobre a necessidade de fortalecer a clínica psicossocial e a clínica social, movimentos de resistência aos entraves da institucionalização, com o objetivo de delinear um novo espaço para a loucura, buscando assegurar o reconhecimento dos pacientes do CAPS como sujeitos de desejo e direitos e que podem responsabilizar-se por si e por seus atos.

Figueiró e Dimenstein (2010) apontam que um dos entraves para o reconhecimento dos pacientes como sujeitos de desejo e direitos está relacionado ao controle sobre a vida cotidiana destes devido ao modo de regulação do serviço baseado na rigidez e no funcionamento estático definido pelos próprios profissionais. Os autores defendem que os usuários deveriam ter maior possibilidade de gestão das atividades, já que são os principais autores daquele espaço. Esta temática vai ao encontro do que foi abordado anteriormente a respeito dos pequenos especialistas, os quais, pensando neste contexto, atuam cada vez mais de forma específicas e sobre recortes cada vez mais distantes da realidade dos sujeitos. Conforme já abordado, faz-se de grande importância a valorização da co-responsabilidade do usuário sobre seu tratamento, assim como o auxílio para que estes consigam gerir suas próprias vidas.

Diante do apresentado, não é possível pensar no CAPS excluindo a ideia de instituição e suas implicações, em destaque a padronização evidenciada no relato 33. Contudo, é possível perceber, através do relato 34, um caminho de esperança que possibilita a criação neste espaço, embora institucionalizado, de um lugar de acolhimento e valorização daqueles que ali buscam por ajuda.

Farias *et al.* (2016) defendem que, mesmo inseridos nesse universo de normas, regras e submissões, os usuários devem lutar por um espaço em que suas manifestações possam se fazer presentes já que estas são compostas por suas percepções e construções de suas condições de ser humano singular. Neste contexto, Cruz, Monteiro e Ibiapina (2016) compreendem as oficinas como fundamentais para combater a inércia institucional e posturas solidificadas que pouco reformam através da produção de vida e da possibilidade problematização em conjunto com os pacientes. Dessa forma, estes autores compreendem que a satisfação com o tratamento oferecido pelo CAPS está vinculada ao reposicionamento dos usuários através das atividades ofertadas, principalmente as oficinas, possibilitando que estes sujeitos tornem-se proativos, socializem, enriqueçam seu dia a dia para além da doença como a possibilidade de diminuição de crises.

Em suma: para os participantes, há certa divergência entre teoria e prática, devido a uma fragilidade ainda presente das políticas de saúde, evidentes nas falas que trazem a ideia de que “ainda falta”, “ainda é preciso de mais” (relatos 35 e 36).

Relato 35: “Olha, avançou demais, né? Mas eu ainda acho que ainda é um pouco fragilizada, é a rede de saúde mental álcool e drogas. Muito há que se avançar ainda. Acho que com a política de Redução de Danos, melhorou muito. . Os profissionais tiveram que fazer um exercício grande, para poder se abrir nessa parte, mas eu ainda vejo muito, né... a questão da internação... do paciente usuário de álcool e droga associado a uma doença psi... tem essa coisa da contenção... Ah vamos internar... as famílias ficam muito cansadas, né? (Participante 1)

Relato 36: “Acho que elas foram decisivas para a montagem desse serviço. Que eu acho que é ela que garante o serviço substitutivo, a humanização. Só que a gente fala da

mudança de paradigma, né? A política sozinha não adianta nada. As políticas embasam, mas não resolvem. Se a gente pensar que tem quase trinta anos de SUS, né? E essas políticas públicas substitutivas tem uns vinte anos, né? Acho que a gente já conseguiu muito, tiramos alguns estereótipos, mas ainda há muito o que caminhar” (Participante 2)

A Reforma Psiquiátrica acontece através da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. A primeira baseia-se na desconstrução de ideologias e práticas cristalizadas, buscando por mudanças para além dos muros dos serviços de saúde, aproximando-se do movimento da luta antimanicomial. A reabilitação psicossocial estrutura-se com base na ideia de que aquele que sofre psiquicamente sofre inúmeras perdas em decorrência de seu adoecimento, buscando então assegurar a equidade entre iguais e diferentes. Dessa forma podemos compreender que a desinstitucionalização atua na transformação social, propondo o questionamento do trabalho, da família, da medicina e das instituições que atravessam a vida dos sujeitos. Quando falamos sobre a reabilitação, entende-se como um meio para reinserir o sujeito de volta à sociedade (Mielke *et al.*, 2009).

Por outro lado, embora a Reforma Psiquiátrica tenha sido oficialmente inaugurada não significa que está garantido, através da desinstitucionalização, a desconstrução das práticas há anos reforçadas pela normatização da Psiquiatria clássica. Pensando no modo de produção capitalista em que estamos inseridos, temos um modo específico de estar no mundo, de agir, sentir e pensar. Esse modo de funcionamento do mundo se dá no sentido de padronizar a subjetividade, serializada e homogênea, bloqueando a singularidade e outros desejos que não lhe dizem respeito. Somos então atravessados por um controle cada vez mais crescente, pautado na reprodução da mesmice, ideia que se apresenta em consonância à reflexão sobre o modo de funcionamento da instituição, que repudia tudo

o que não caminha segundo a normalidade (Cedraz & Dimenstein, 2005). Diante disso, faz-se de extrema importância pensarmos sobre os caminhos que a Reforma Psiquiátrica tem seguido, e em especial sobre o modo como as oficinas terapêuticas se fazem fundamentais neste contexto e como os profissionais da saúde têm se apropriado delas.

Domingues e Paravidini (2009) apontam em seu artigo que os profissionais entrevistados evidenciam lacunas deixadas pela Reforma Psiquiátrica. Abordam sobre a dificuldade em acolher a loucura e sobre a dificuldade que estes apresentam em lidar com a desorganização de pacientes em crise. Há ainda a visão entre estes profissionais do paciente como “deficiente” a ser recuperado, pensamento este impregnado pela lógica manicomial, incongruente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, como já mencionado. De forma contrastante, os autores abordam um discurso que ao mesmo tempo fala sobre as oficinas terapêuticas como espaço para a criatividade, criação de laços, reinserção social, exercício da cidadania. Dessa forma, para que a mudança ocorra, é preciso tomar as oficinas como espaço de potência, capaz de sair da mesmice.

Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) compreendem que se faz necessário muito mais que uma estrutura física para que ocorra uma transformação. É preciso incentivar a autonomia, colocar os envolvidos como ativos no processo de reabilitação o que só será possível através de questionamentos. É preciso ver o usuário do CAPS como sujeito de sua vida e de seus direitos, estabelecendo com este uma via de comunicação com valor terapêutico que valorize a empatia e o respeito. A competência para o cuidado só se dará através da construção cotidiana e coletiva, em que o aprendizado está ligado ao manejo de situações clínicas articulado com a consciência política do próprio sujeito e da sociedade pautados nos princípios éticos.

#### **4. Considerações finais**

A partir do apresentado, foi possível identificar inúmeros pontos de ressonância entre as falas dos participantes e a literatura especializada. Na primeira categoria, referente à finalidade dos CAPS, podemos encontrar ideias que reafirmam a Reforma Psiquiátrica Brasileira como o rompimento do paradigma sujeito-doença, a necessidade de se considerar os diferentes âmbitos em que o sujeito se encontra, a busca pela reinserção social, promoção de saúde, o auxílio da autonomia de seus usuários, sendo esta implicada diretamente no modo de funcionamento do CAPS, assim como proporcionar meios para que os usuários se apropriem de sua condição de saúde e tratamento.

Por outro lado, no que tange à finalidade das oficinas terapêuticas, podemos encontrar pontos que se alinham ou divergem em relação à literatura especializada. Exemplos disso se constata, respectivamente, a partir do relato 8, a respeito da construção e da valorização dos aspectos saudáveis, nos relatos 6 e 7, sobre a ideia de liberdade de escolha, e a ideia de terapêutico presente nos relatos 10 e 11, relacionando-a à efeitos de bem-estar (relato 10) e incômodos (relato 11). Diante de pontos tão diversos é fundamental ressaltar o quanto essas evidências acabam por reafirmar a fala de Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) a respeito do subaproveitamento do psicólogo em oficinas terapêuticas, o que poderia ser modificado a partir da reflexão sobre sua própria atuação considerando fatores específicos de seu ambiente de trabalho.

Na segunda categoria, dedicada ao público do CAPS e das oficinas terapêuticas, destaca-se na fala dos participantes a importância da tríade usuário-família-profissionais, os quais juntos desempenhariam um papel de corresponsabilidade diante do tratamento oferecido pelo CAPS, papel este pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica detalhados anteriormente. Mas, ao analisar o público especificamente das oficinas terapêuticas segundo a perspectiva dos participantes, é possível perceber concepções que



se distanciam das diretrizes que deveriam nortear os CAPS. Exemplo disso se dá na utilização de diagnósticos como forma classificatória dos usuários, contradizendo o rompimento do paradigma sujeito-doença, assim como a ideia de autonomia, já que a doença é compreendida como limitante ao usuário, o que, inclusive, é incompatível com ideias agrupadas na primeira categoria. Além disso, é evidenciada na fala de participantes a supremacia medico-medicamentosa, o que mais uma vez entra em contradição com o que foi anteriormente defendido sobre a co-responsabilização da tríade usuário-família-profissionais.

Por fim, é possível compreender a formação da terceira categoria como resultado de divergências entre teoria e prática, o que acaba por resultar na ideia de desafios a serem superados para um melhor funcionamento do CAPS, o que implicaria no fortalecimento das práticas antimanicomiais defendidas pela Reforma Psiquiátrica. Diante disso, nota-se que os desafios apontados podem influenciar o (in)sucesso do CAPS como alternativa aos modelos hospitalocêntricos. Problemas estruturais, institucionais e relacionais mostram-se como barreiras para apreensão e aplicação dos princípios da Reforma Psiquiátrica pelos psicólogos dentro do CAPS. Por outro lado, conquistas foram reconhecidas e pequenos avanços foram valorizados já que a própria existência do CAPS deve ser tomada como uma vitória da Reforma Psiquiátrica, embora ainda haja muito a se melhorar.

## Referências

- Amarante, P. D. C. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. C., Torre, E.H.G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica do Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26-34.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. (Original publicado em 1977)
- Bezerra Jr., B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250.
- Bonfada, D., Guimarães, J. M., Miranda, F. A. N., & Brito, A. A. C. (2013). Reforma Psiquiátrica Brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Escola Anna Nery*, 17(2), 227-233.
- Brasil (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 9 de julho de 2017.
- Brasil (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso: em 9 de agosto de 2017.
- Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 5(2), 300-327.
- Costa, C. M., & Figueiredo, A. C. (2004). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa.

- Cruz, M. P., Monteiro C. F. S. & Ibiapina, A. R. S. (2016) Oficinas terapêuticas em saúde mental como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção dos familiares. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 10(11), 3996-4002.
- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79.
- Domingues, M. A., & Paravidini, J. L. (2009). A construção de ofícios terapêuticos em saúde mental. *Mental*, 7(13).
- Farias, I. D., Thofehrn, M. B., Andrade, A. P. M., Carvalho, L. A., Fernandes, H. N., & Porto, A. R. (2016). Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 12(3), 147-153.
- Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. D. B. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446.
- Fonte, E. M. M. (2013). Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 18(1).
- Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Galletti, M. C. (2004). *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Editora da UCG.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1994). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A. & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & saúde Coletiva*, 14(1):159-164.

Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*.

Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf)>. Acesso em: 8 de agosto de 2017.

Ministério da Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*.

Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 8 de agosto de 2017.

Ministério da Saúde (2015). *Saúde mental em dados*. Brasília: Ministério da Saúde.

Disponível em:

<[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em: 8 de agosto de 2017.

Nóbrega, M. Silva, G. & Sena, A. (2006). Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 41-49.

Pádua, F. H. P., & Moraes, M. L. S. (2010). Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. *Psicologia USP*, 21(2), 457-478.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*, 10(20), 109-126.

Ribeiro, L. A., Sala, A. L. B., & Oliveira, A. G. B. (2008). As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Mineira de Enfermagem* 12(4), 516- 522.

Souza, L. G. S., & Pinheiro, L. B. (2012). Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial: álcool e drogas. *Aletheia*, 38-39, 218-227.

Stake, R. E. (2000). Case studies. In: N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). Thousand Oaks: Sage

Yin, R. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (D. Grassi, Trad.). 2ª ed. Porto Alegre: Bookman.